Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Über Vorkommen
von
Carcinom bei Syfilitischen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Sickmann,

approb. Arzt aus Wellingholzhausen i. Han.

Kiel 1901.

Druck von H. Fiencke.

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Über Vorkommen
von
Carcinom bei Syfilitischen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Johannes Sickmann,

approb. Arzt aus Wellingholzhausen i. Han.

Kiel 1901.

Druck von H. Fiencke.

No. 97.

Rektoratsjahr 1900/1901.

Referent: Dr. **Heller.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth.**
z. Z. Decan.

Dem Andenken
seines teuren Vaters
gewidmet.

In früherer Zeit war man allgemein der Ansicht, dass manche Erkrankungen sich gegenseitig ausschlössen, und besonders nahm man dies von den Infectionskrankheiten an. So suchte Rokitansky hierfür eine Stütze in dem Verhalten der Tuberkulose zu anderen akuten und chronischen Krankheitsprocessen. Er publizirte im Jahre 1838 in den „Oesterr. Mediz. Jahrbüchern" die Resultate dieser Studien und eröffnete damit dem Pathologen ein neues dankbares Gebiet für seine Forschungen, während er dem Kliniker bedeutsame Fingerzeige für die Diagnostik und Therapeutik gewisser Krankheiten versprach. Auf Grund seiner Beobachtungen an vielen Leichen konstatirte Rokitansky ein feindseliges Verhalten der Tuberkulose gegen Cholera und wies ferner nach, dass Tyfus und Dysenterie sich höchst selten mit Tuberkulose verbinden. Am meisten Interesse und Aufsehen erregte jedoch seine Angabe, dass die sämtlichen Formen des Krebses und der Tuberkulose, zweier Krankheiten, welche in unseren Mortalitätsstatistiken eine überwiegend grosse Procentzahl für sich in Anspruch nehmen, einander ausschlössen. Er kam bei 340 Fällen zu dem Resultate, dass sich der Krebs bei denjenigen Individuen am häufigsten entwickle, die durchaus frei von jeder Spur einer je stattgehabten Tuberkulose seien. Häufig komme es jedoch vor, dass man die Spuren eines schon lange erloschenen Tuberkelprocesses vorfinde. Höchst selten seien die Fälle, wo beiderlei Aftergebilde in einem Individuum oder gar in demselben Organe zu gleicher Zeit vegetirten. Aber selbst dann merke man gewöhnlich deutlich, dass die insgemein spätere Krebsbildung entweder zu einer schon rückschreitenden Tuberkulose hinzutrete oder doch wenigstens

die weitere Vegetation des Tuberkels hemme; in letzterem Falle bleibe die Tuberkulose auf dem Grade ihrer zufällig vorhanden gewesenen Entwicklung stationär und gehe um so gewisser eine rückgängige Metamorfose ein, je mehr sich der Krebs und seine Kachexie entwickle. Wenn auch heute wohl niemand mehr diesen Ansichten der um die medizinische Wissenschaft hoch verdienten und eine Zeitlang wohl als massgebend dastehenden Wiener Schule in ihrer ganzen Ausdehnung beipflichtet, so sind wir doch durch unsere in neuerer Zeit so rapide fortgeschrittenen Kenntnisse in der Bakterienkunde in der Frage nach dem Verhältnisse gewisser Erkrankungen zu einander um ein gutes Stück vorangekommen. Die Bakteriologie unterscheidet in dieser Weise zwei Arten von Bakterien: die Synergeten und Antagonisten. Das bekannteste Paradigma von Antagonisten sind die Erysipelkokken und Tuberkelbazillen. Man hat beobachtet, dass lupöse Processe, auch Geschwülste, wie Sarcome und Carcinome, dauernd verschwinden können, wenn die „Rose" über sie hinwandert. Die Franzosen haben das Erysipel in solchen Fällen „Erysipèle salutaire" genannt, und in der Litteratur finden sich zahlreiche Beobachtungen über den Heilwert des Erysipels bei verschiedenen Krankheiten. Das Wachstum der Milzbrandbazillen wird von Erysipelkokken oder Streptokokken ungünstig beeinflusst. Man hat Kaninchen, die mit virulenten Milzbrandbazillen geimpft waren, dadurch vor dem sicheren Tode bewahren können, dass man ihnen vor oder nach der Infection grössere Mengen von Erysipelkokken in die Blutbahn brachte. In anderen Fällen beobachtet man im Gegenteil gewisse Affinitäten verschiedener Bakterienarten, d. h., dass eine Bakterienart nur dann ihr Fortkommen findet oder besonders üppig vegetirt, wenn durch eine andere der Nährboden in gehöriger Weise vorbereitet wurde. Auf diese Weise können abgeschwächte, im Organismus ruhende Bakterien durch eine andere Bakterieninvasion zu hoher Virulenz gelangen. Solche Synergeten sind Difteriebazillen und Streptokokken oder Pneumokokken und Streptokokken.

Zu den Erkrankungen des menschlichen Organismus,

deren Erreger friedlich neben einander im Körper vegetiren können, gehören Syfilis und Krebs. Es mag vielleicht befremden oder gar als unrichtig ausgelegt werden, wenn in Zusammenhang mit der soeben erwähnten Eigenschaft gewisser Bakterien Syfilis und Krebs gebracht werden, oder wenn direkt von deren Erregern gesprochen wird. Wir kennen freilich noch keinen einheitlichen Parasiten für jede dieser beiden Krankheiten, obschon ja manche Autoren den spezifischen Mikroorganismus aufgefunden zu haben glauben, aber es herrscht doch kein Zweifel mehr darüber, dass wir es mit besonderen Erregern aus der grossen Gruppe der pflanzlichen und tierischen Parasiten zu thun haben.

Die Frage nach dem Verhältnisse zwischen Syfilis und Carcinom ist erst in allerneuester Zeit aufgeworfen und in ihrer Bedeutung gewürdigt worden. Es wurde zuerst von klinischer Seite darauf aufmerksam gemacht, dass carcinomatöse Wucherungen auf syfilitischer Basis entstehen können, und damit ist natürlich auch das Nebeneinanderbestehen von Syfilis und Krebs im Organismus mehr oder weniger als möglich hingestellt worden. So berichtet Rayer[1]) über einen Fall, wo es sich um Krebs der Vorhaut mit Anschwellung der Drüsen in der Weichengegend handelte. Ausserdem war noch ein Geschwür an der Eichel entstanden, das für ein syfilitisches gehalten und dementsprechend behandelt wurde. Lagneau bespricht einen hierher gehörigen Fall, bei dem aus einem Schanker ein bösartiges Geschwür sich entwickelte. Rayer nannte diese auffallende Erscheinung eine Entartung syfilitischer Geschwüre. Diesen wohl allein dastehenden Mitteilungen aus der älteren Litteratur, die allerdings nicht auf mikroskopischen Untersuchungen basiren, die aber nichts desto weniger wertvoll und belehrend sind, möchten wir einige Beobachtungen anschliessen, die in neuester Zeit über diesen Gegenstand gemacht worden sind.

Es sind wiederum vorzugsweise Kliniker, welche auf

---

[1]) Rayer, Theoretisch-praktische Darstellung der Hautkrankheiten, Berlin 1839.

die Eventualität einer gleichzeitig bestehenden Erkrankung an Syfilis und Krebs hinweisen, und in den Vordergrund tritt auch hier die Mitteilung über die Entwicklung des Krebses auf syfilitischem Boden. B. von Langenbeck und Lang gehörten zu den ersten, die auf Grund ihrer klinischen Beobachtung das Nebeneinanderbestehen von Syfilis und Carcinom betonten. So berichtet Langenbeck[1]) über das gleichzeitige Vorkommen von syfilitischen und carcinomatösen Processen der Mund- und Zungenschleimhaut. Er sagt hierüber: „Das Zungencarciuom ist sehr viel häufiger bei Männern, als bei Frauen und bei ersteren ergiebt die Anamnese, dass der Mehrzahl der Fälle eine syfilitische Infektion vorausgegangen ist. Besonders sind es nach meiner Erfahrung die vernachlässigten Fälle von Syfilis, welche zu Zungencarcinom disponiren."

Als Bestätignng für die oben entwickelte Anschauung wird der Krankheitsverlauf von zwei Patienten mitgeteilt, bei welchen Gummata und Carcinom zur selben Zeit bestanden. Ein 30jähriger Mann hatte ausser aus früherer Zeit stammenden luetischen Erscheinungen, wie Anschwellung der Lymfdrüsen am Halse und gummöser Glossitis, auch eine harte Geschwulst an der Zunge. Diese letztere wurde in Anbetracht der anderen syfilitischen Symptome auch als Gumma aufgefasst und dementsprechend behandelt. Aber der Erfolg war nicht nur nicht günstig, sondern die Geschwulst vergrösserte sich und ging auf den Mundboden über. Die mikroskopische Untersuchung derselben erwies, dass sie carcinomatös war.

In einem zweiten Falle (Sublinguales Carcinom mit gummöser Infiltration der Zunge) waren die Krankheitserscheinungen kurz folgende:

Vor sechs Jahren hatte der Patient sich einen Primäraffect am Frenulum praeputii zugezogen. Jetzt, sechs Jahre nach der Infection, hatte der Patient kleine Geschwüre an

---

[1]) Langenbeck, Über Gummigeschwülste, Archiv für klinische Chirurgie, Berlin 1881.

den Rändern der Zunge und Condylome an den Mundwinkeln; ausserdem befand sich unter der Zunge ein grosses, von harten Rändern eingeschlossenes Geschwür, das die Zunge an den Mundboden fixirte. An der Seite des Halses waren einzelne gegen Druck empfindliche Lymfdrüsen. Da die Diagnose Krebs oder Lues zweifelhaft war, schritt man zur Anwendung spezifischer Mittel. Hierbei stellte sich dann heraus, dass das fragliche Geschwür als Krebs aufzufassen sei, und die mikroskopische Untersuchung eines von dem Rande des Geschwüres entnommenen Stückes ergab Epithelialkrebs.

Aus diesen beiden Beobachtungen glaubt Langenbeck den Schluss ziehen zu können, dass nach lange bestandenen gummösen Affektionen der Zunge Carcinom auftreten und unabhängig von jenen sich weiter entwickeln kann.

Weitere Beobachtungen dieser Art veröffentlicht Lang [1]) In dem ersten Falle, den er schildert, handelt es sich um einen vor 20 Jahren mit Schanker inficirten Mann, der in der Folge secundäre syfilitische Symptome überstanden hatte. Patient präsentirte sich Lang von Neuem mit Ulcerationen und Narben um das linke Auge unter dem Augenlid herum und mit einem tief exulcerirten Geschwüre am linken Nasenflügel. Die in der Klinik eingeleitete antisyfilitische Behandlung führte in kurzer Zeit eine interessante Veränderung der einzelnen Ulcera herbei. Die Geschwülste um das Auge herum sind vollständig verheilt, dagegen das anfangs umschriebene am linken Nasenflügel ist nicht nur von der Medikation nicht beeinflusst, sondern hat sich in ziemlich weiter Ausdehnung über den linken Nasenflügel und die angrenzenden Partien der Wange, sowie auch in das Cavum des linken Nasenganges verbreitet. Von chirurgischer Hand wurde die gründliche Entfernung der Geschwulst vorgenommen, und die histologische Untersuchung ergab das Resultat, dass auf primär syfilitischem Boden ein flacher

---

[1]) Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten, Wiesbaden 1886—93.

Hautkrebs zur Entwicklung gekommen war. Lang selbst beschreibt den histologischen Befund mit folgenden Worten: „Schon die ersten Probeschnitte der auf der chirurgischen Klinik exstirpirten und mir überlassenen Geschwulst haben mich deutliche Carcinombilder innerhalb eines von kleinen Rundzellen reich infiltrirten faserigen Gewebes erkennen lassen. Über den Ausgangspunkt des Carcinoms und über das Verhältnis desselben zum Gumma wurde man in sehr instruktiver Weise durch mikroskopische Praeparate belehrt, die dem wallartig aufgeworfenen Rande und seiner nächsten Umgebung entnommen waren. Die Epithelschicht ist ungefähr um das Vierfache verdickt, ohne jedoch irgendwo eine Atypie aufzuweisen. Das gummöse Infiltrat dringt hier überall bis an die Papillenspitzen, und nur einzelne Rundzellen schieben sich zwischen den Epithelien vor. An einigen Stellen durchbricht die Gummosität das epitheliale Lager und gelangt an die Oberfläche, zahlreiche Epithelnester in der Tiefe zurücklassend. Die epithelialen Wucherungen nehmen bereits das vollendete Bild eines Carcinoms an. Man sieht also, dass Gummositäten und Carcinomlager neben einander hergehen, wobei bald dem einen, bald dem anderen pathologischen Produkte die Prävalenz zukommt; vollends zurückgedrängt erscheint aber das gummöse Infiltrat nur selten. Denn nahezu überall konkurrirt kleinzellige Infiltration zwischen faseriger Intercellularsubstanz mit deutlichen Carcinombildern. Krebswucherung gegen ein Bindegewebe, das keine Zellneubildung aufwies, wurde nur selten wahrgenommen.“ Er fügt dann hinzu, dass über die volle Bedeutung einer Coincidenz von Gumma und Krebs weitere Beobachtungen belehren müssten.

Ein zweites Mal behandelte Lang in seiner Klinik einen Mann, den er vor 10 Jahren von nässenden Papeln am Anus und anderen syfilitischen Erscheinungen befreit hatte. Der Zustand der Genesung dauerte lange Zeit; der Mann heiratete und ein aus der Ehe hervorgegangener Knabe trug keine Spuren von Syfilis an sich. Viele Jahre später stellte sich der Betreffende jedoch wieder ein mit einem mandelgrossen, derben, schmerzhaften Infiltrate am

Boden der Mundhöhle. Nach geeigneter Behandlung verkleinerte sich dieses Infiltrat, dafür waren aber mehrere erbsengrosse, derbe Knoten, in einem Kreise angeordnet, in und unter der Haut des Hinterhauptes entstanden. Der Patient wurde mit Quecksilber und Jodkali behandelt, aber während die Neubildung am Hinterhaupte sich verkleinerte, führte diese sonst bei Syfilisprodukten so günstig wirkende Therapie bei der Geschwulst des Mundbodens nicht nur keine Besserung, sondern Verschlimmerung herbei. Hieraus folgerte Lang, dass ein Carcinom vorliege und schlug dem Patienten daher die Exstirpation desselben vor, welche dieser nicht zugeben wollte. Nach einigen Wochen gesellten sich neue, auf das Vorhandensein von Krebs hindeutende Symptome hinzu; die Lymfdrüsen am rechten Unterkiefer waren zu einem fast hühnereigrossen, harten Tumor angeschwollen. Auch die Geschwulst am Boden der Mundhöhle war grösser und die ulceröse Höhle tiefer geworden. Jetzt war der Patient mit einem operativen Eingriffe einverstanden, der jedoch wegen des voraussichtlich ungünstigen Resultates nicht vorgenommen wurde. Das Carcinom nahm noch mehr zu und erstreckte sich auf den Unterkiefer. Patient starb mehrere Monate darauf.

Ausserdem teilt Lang noch einen Fall aus seiner Klinik mit, bei dem Syfilis und Larynxkrebs kombinirt gewesen sein soll. Doch muss man hier, wie Lang selbst zugiebt, da nach dem Tode keine anatomische Untersuchung des Larynx vorgenommen ist, mit der Diagnose Larynxkrebs Vorsicht walten lassen. Es wird sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit um syfilitische Processe des Kehlkopfes gehandelt haben.

Ein Fall von mikroskopisch nachgewiesenem Kehlkopfskrebs bei bestehender Syfilis wird von W. Jooss[1]) beschrieben, der hier der Vollständigkeit wegen Erwähnung finden soll.

Die wenigen Fälle, die wir in der Litteratur über

---

[1]) W. Jooss, Lues und Carcinom. Berlin 1893.

diesen interessanten, pathologisch und klinisch wichtigen Gegenstand finden, lassen es lohnend erscheinen, einige Beobachtungen hinzuzufügen, die im hiesigen pathologischen Institute über das Zusammentreffen von Syfilis und Krebs gemacht sind. Es möge mir erlaubt sein, in Folgendem zwei Fälle anzuführen, die mir in liebenswürdiger Weise von Herrn Geheimrat Heller zur Veröffentlichung überwiesen wurden.

I.

Der 58jährige Arbeiter ist am 9. April 1900 im hiesigen städtischen Krankenhause aufgenommen und wegen Bronchitis, Emfysem und Epilepsie (?) behandelt worden.

Anamnese: Patient, Potator, leidet seit 5 Jahren an Ohnmachtsanfällen, seit 3 Jahren sind die Anfälle häufiger aufgetreten, es haben sich auch Krämpfe eingestellt. Als Kind hat Patient Rachenbräune gehabt. Vor 5 Jahren ist er im städtischen Krankenhause wegen linksseitiger Lungenentzündung und Pleuritis im Anschluss an eine Luxation der Clavicula behandelt worden. Als Soldat hat Patient Tripper gehabt, Lues will er nicht gehabt haben Der Vater ist jung gestorben, die Mutter ist im Alter von 72 Jahren an Magenkrebs zu Grunde gegangen.

Status: Über beiden Lungen Zeichen von Emfysem und Bronchitis. Absolute Herzdämpfung verkleinert. Zweiter Ton über allen Ostien unrein, besonders über der Aorta. Die Radialarterie ist geschlängelt und sklerosirt. Leber vergrössert, äusserst derb; Rand sehr stumpf, deutlich fühlbar. Magen nicht dilatiert; Milz erscheint vergrössert, nicht palpabel. Der Urin enthält Indican.

Am 25. Mai 00 wurde Patient auf seinen Wunsch entlassen. Am 12. Juni hat er wieder das Krankenhaus aufgesucht wegen heftiger Schmerzen in der Gegend der Kniekehlen, die allmählich unter elektrischer Behandlung geschwunden sind. Bei der Untersuchung am 8. VII. 00 klagt Patient besonders über Schmerzen in der Gegend des Colon descendens. Der Stuhl ist schwarzbraun, theerartig. Der Leib ist meteoristisch aufgetrieben, Resistenz ist nirgends zu fühlen. Im Rektum kein Tumor. In der linken Seite des

Leibes besteht Dämpfung. Kein Ascites. Die Milz ist etwas vergrössert; die Leber ist vergrössert und hart. Deutliches systolisches Geräusch über der Aorta.

Untersuchung am 15. IX. 00:

Man fühlt einen Tumor in der Magengegend. Im Magensafte keine Salzsäure. Es wird die Diagnose auf Magencarcinom gestellt.

20. IX. 00: Durch die Bauchdecken fühlt man mehrere Tumoren von etwas unebener Oberfläche in der rechten Seite des Epigastriums bis ziemlich zur Mittellinie reichend.

29. X. 00: Tumoren im Epigastrium deutlich zu palpiren. Leber stumpf, derb; sie überragt den Rippenbogen in der Mammillarlinie um $9^1/_2$ cm.

1. I. 01: Der Kranke hat einige Esslöffel voll dunkelroten, klumpigen Blutes erbrochen. Der Stuhl ist dunkelbraun gefärbt, er enthält Hämatin.

9. I. 01: Abdomen ist etwas aufgetrieben. In der rechten Seite des Epigastrium höckrige Resistenz, die anscheinend unter der Leber liegt. Magen dilatirt, etwas nach links verlagert. Lungenlebergrenze am Rippenbogen. Geringer Ascites. Milz vergrössert, nicht sehr hart.

19. I. 01: Die Resistenz im Epigastrium erscheint weicher, scheinbar Fluktuation.

21. I. 01: Es tritt der Exitus letalis ein.

Uns interessirt hier allein der Magen- und Leberbefund. Aus dem Fehlen der Salzsäure im Magensaft, aus dem Erbrechen dunkelrother Blutmassen, aus dem schwarzgefärbten Stuhl, aus der Dilatation des Magens und aus der direkten Palpation höckriger Tumoren im Epigastrium hat man zu Lebzeiten des Patienten Magencarcinom diagnosticirt, dessen Sitz in die Nähe des Pylorus verlegt wurde. Die zugleich bestehenden Leberveränderungen wurden wahrscheinlich wohl als Krebsmetastasen angesprochen.

Die Sektion[1]) wurde 21 h. p. m. gemacht. Der wesentliche Befund war folgender:

---

[1]) S.-No. 49, 1901 des pathologisches Institutes.

Pilzförmiger Krebs der hinteren Magenwand dicht an der Kardia. — Bindegewebige Anheftung des Pankreasschwanzes an die krebsig entartete Stelle der Magenwand. — Atrofie der Magenschleimhaut. — Starke krebsige (?) Schwellung der epigastrischen und periportalen Lymfdrüsen. — Zahlreiche, tiefe syfilitische Narben der Leber mit zahl reichen frischen Gummata. — Chronische Milzschwellung. — Starke Granularatrofie der Nieren mit Cysten und Narben. Linksseitiges doppeltes Nierenbecken und doppelte Ureteren. — Verwachsung der rechten Hodenscheidenhaut mit breiten Bindegewebsstreifen in der Substanz. — Kleine derbe Nebennieren. —Taschenförmige Ausbuchtung hinter dem Trigonum und Trabekularhypertrofie der Blase. — Obliteration des Processus vermiformis. — Lungenoedem. — Narben des rechten Unterlappens mit Bronchiektasien. — Verkalkende Käseknoten des linken Unterlappens. — Spärliche Residuen beiderseitiger Pleuritis. — Hypertrofie und fettige Degeneration des Herzens mit Schwielen und subendocardialen Fettläppchen. — Schrumpfung und Verwachsung zweier Aorten. klappen. — Chronische Endarteriitis mit Verkalkung. — Mesarteriitis und Ektasie der aufsteigenden Aorta. — Glatter Zungengrund mit kleinen Narben. — Varicen in der Speiseröhre mit kleinen Venensteinen. — Soor im Oesofagus. — Verkalkung der Bronchialdrüsen. — Kleine Erweichungsherde des sehr anämischen Hirns. — Starker chronischer Hydrocefalus. — Hyperplasie der Diploë des Schädeldaches. Mehrfaché Exostosen aussen am Schädeldache. — Allgemeine Anämie.

II.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine 53jährige Frau, die ohne klinische Diagnose auf den Sectionstisch kam. Die Sektion[1]) wurde 3 Tage nach dem Tode gemacht.

Wesentlicher Befund:

Enormes, verjauchtes Krebsgeschwür an der Vulva mit Ausdehnung auf die Beckenknochen. — Mündung des Mast-

---

[1]) S.-No. 42, 1901.

darms in die Jauchhöhle. — Sehr starke Contraction der Harnblase mit incrustirter Cystitis. — Narben und Gummata der Leber. — Breite Schnürfurche der indurirten Leber. — Schwieliges Gewebe um die untere Hohlvene. — Milzschwellung. — Sehr starke, frische parenchymatöse Nefritis. — Senkrecht gestellter Magen. — Starke Atrofie des Pancreas. — Atrofie, Emfysem und Oedem der Lungen. — Schlaffe Infiltrate im rechten Unterlappen mit thrombosirten Gefässen. — Atrofie des fettreichen Herzens. — Mesarteriitis der aufsteigenden, Endarteriitis des Arcus und der absteigenden Aorta. — Marrantische Thrombose der Pulmonalarterie. — Glatter Zungengrund mit kleinen strahligen Narben. — Epidermoidale Verdickung der hinteren Stimmbandkommissur. — Chronische hämorrhagische Pachymeningitis. — Kleine Defekte am Stirn- und linken Seitenwandbein. — Sehr grosse Stirnhöhlen.

Protokoll:

Brust: In der Pleurahöhle wenig klare Flüssigkeit. Beim Ausdrücken des Lungengewebes fliesst eine putride Flüssigkeit ab. Im Herzen, das links kontrahirt ist, befindet sich geronnenes Blut. In den Arterien fleckige, weissliche Stellen. Der Zungengrund ist glatt, mit kleinen strahligen Narben versehen. Die hintere Stimmbandkommissur ist verdickt. Im Oesofagus Hämorrhagien. Im rechten Unterlappen schlaffe Infiltrate mit thrombosirten Gefässen.

Bauch: Die Leber ist vergrössert, hart. Am rechten Leberlappen eine grosse Narbe, die auf dem Durchschnitt einen erbsengrossen, weisslichen Knoten zeigt. Die Milz ist vergrössert, derb und zeigt auf der Schnittfläche glasige Trübung. Die Nieren sind klein, indurirt, die Oberfläche ist teils hyperämisch, teils blass. Nebennieren normal. Magenschleimhaut teilweise hyperämisch, Magen im ganzen klein und lang gestreckt. Untere Hohlvene beim Durchgang durch die Leber $3^1/_2$ cm unterhalb des Zwerchfells von schwieligem Gewebe umfasst. Auf der hinteren Seite nach links hin liegt ein 2 cm langes, c. 1 cm breites und bis 7 mm dickes, lappiges Gebilde auf, um welches herum das schwielige Gewebe zieht; auf dem Durchschnitt zeigt sich

eine unregelmässig gelbliche und grauliche Zeichnung und an einem Ende ein stecknadelkopfgrosses und einzelne kleinere, grauliche Knötchen eingesetzt.

Wenn wir einen Rückblick auf die beiden mitgeteilten Fälle im Grossen und Ganzen werfen, so sehen wir, dass sie in mancher Beziehung von den der Litteratur entlehnten abweichen. Die Section zeigt bei beiden Individuen ausgesprochene syfilitische Veränderungen einer Reihe innerer Organe, besonders der Leber, und neben der Syfilis wuchert in üppiger Weise der Krebs. Im ersten Fall handelt es sich um Magenkrebs, und dieser ist nicht, wie in allen früheren Fällen hervorgehoben, auf syfilitischer Basis entstanden, sondern die bindegewebige Verwachsung des Pankreasschwanzes an die krebsig entartete Stelle der Magenwand beweist uns die frühere Existenz einer Magennarbe, die den Boden für die Entwicklung des Carcinoms abgegeben hat. Ganz unabhängig von der Lues vegetirt der Krebs in einem Organ, das von der Syfilis wohl am wenigsten befallen wird. Im zweiten Falle haben wir neben zahlreichen Erscheinungen konstitutioneller Lues einen primären Hautkrebs der Vulva, der auf die Beckenknochen übergeschritten ist. Es ist leicht anzunehmen, dass hier ein begünstigendes Moment für die Entstehung des Krebses in ulcerösen Processen vielleicht syfilitischer Natur gelegen hat, wie sie an der Vulva relativ häufig sind. Für uns ist es lehrreich, an der Hand dieser beiden Fälle zu beobachten, dass Syfilis und Krebs sich nicht gegenseitig ausschliessen, sondern dass die eine Erkrankung neben und unabhängig von der anderen im menschlichen Körper vorkommen kann und vorkommt. Ob beide Krankheiten in irgend einer Weise sich gegenseitig beeinflussen, entzieht sich noch unseren Kenntnissen. In einer Statistik[1]) über die während der Jahre 1873—96 im hiesigen pathologischen Institute zur Section gekommenen Fälle von eklatanter konstitutioneller

---

[1]) Philips, Statistik über die Fälle von erworbener Syfilis, Kiel 1896.

Syfilis — es sind ihrer 99 — fand ich 11, bei denen neben Lues im Sektionsbericht Carcinom verzeichnet war. Bei den 11 Fällen verteilt sich der Krebs auf folgende Organe: in 8 Fällen Magen- resp. Pyloruskrebs, in 1 Prostatakrebs, in 1 Oesofaguskrebs, in 1 Zungenkrebs. Es wären nach dieser Statistik also etwa 11 % aller Fälle von Syfilis mit Krebs kombinirt. Nicht hierher gerechnet sind die zur Section gekommenen Fälle, bei denen Syfilis wahrscheinlich oder zweifelhaft war. Wenn wir berücksichtigen, dass in manchen Jahren bei 9 % aller im hiesigen pathologischen Institute Secirten Carcinom festgestellt wurde, was bei der hohen Ziffer der alljährlich auf den Sectionstisch kommenden Leichen eine ganz erhebliche Zahl von Krebsfällen verspricht, — dass Syfilis gerade in Schleswig-Holstein — Morbus Dithmarsicus — eine so häufige Erkrankung ist, so müssen wir daraus schliessen, dass ein Zusammentreffen von Syfilis und Krebs relativ selten ist. Es ist vielleicht ein gewisser Widerstand vorhanden, der einer Combination beider Krankheiten entgegenwirkt. Es interessirt uns, darnach zu fragen, wie sich die Begleiterscheinungen von Syfilis und Krebs: Befallensein der Lymfdrüsen, Kachexie, Amyloidentartung bei gleichzeitigem Auftreten verhalten. Bei der Section des ersten Falles fanden sich die Lymfdrüsen der Bauchhöhle stark geschwollen. Ob diese Anschwellung auf Krebsmetastasen zurückzuführen ist, oder ob es sich um eine Adenitis syfilitica oder um beides zugleich handelt, muss die mikroskopische Untersuchung entscheiden. Auffällig ist bei diesem Falle, dass keine Kachexie bestand trotz des schnell gewachsenen Magenkrebses und trotz der ausgeprägtesten Lebersyfilis, die ja fast immer von Kachexie begleitet ist. Es ist mir ein junger Mensch aus der hiesigen chirurgischen Klinik in der Erinnerung, bei dem ein Tumor in der rechten Bauchhälfte unterhalb der Leber zu fühlen war, der wegen der rapide fortgeschrittenen Kachexie für eine maligne Neubildung angesprochen wurde, und doch ergab die Section: gelappte Leber mit frischen Gummata. Ausser den chronischen Eiterungen in Knochen und Gelenken und ausser der chronischen Tuberkulose giebt bekanntlich die konstitu-

tionelle Syfilis das grösste Contingent für die amyloide Entartung ab, während diese Art der Degeneration beim Krebs wohl völlig fehlt. Wenn wir nun bei Combination von Krebs und Syfilis Amyloidentartung finden, so müssen wir derselben die Syfilis zu Grunde legen. Ob im ersten Falle amyloide Degeneration bestanden hat, ist weder aus der Krankengeschichte noch aus dem Sektionsbericht zu ersehen. Im zweiten Falle war die Milz von amyloider Entartung ergriffen. Diese Fragen harren noch durch weitere ausgedehnte Studien ihrer Lösung.

* * *

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Heller, für die Überweisung des Themas und die freundliche Unterstützung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Johannes Heinrich Sickmann, katholischer Confession, wurde geboren am 2. Januar 1877 zu Wellingholzhausen, Rgbzk. Osnabrück. Nach erhaltenem Elementarunterricht besuchte ich seit Ostern 1892 das Gymnasium Carolinum zu Osnabrück, das ich Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf studirte ich zwei Semester Chemie an der Universität zu Würzburg und an der Königlichen Akademie zu Münster. In meinem dritten Semester wandte ich mich dem Studium der Medicin zu und bestand am 7. März 1898 zu Würzburg das Tentamen physicum. Meine klinischen Semester brachte ich in Göttingen und Kiel zu und bestand zu Kiel am 22. Januar 1901 das medizinische Staatsexamen. Das Examen rigorosum legte ich ab am 15. Februar 1901.





